FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1965

N° 206

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

DUROUSSEAU-DUGONTIER, FRANCOIS

Interne des Hôpitaux de PARIS

Né le 28 Janvier 1933 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE CRITIQUE DE ONZE CAS D'ENCEPHALOPATHIE DE L'ENFANCE TRAITES PAR LA THERAPEUTIQUE DITE "DES CELLULES FRAICHES"

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR L. MICHAUX

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1965 Nº

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

DUROUSSEAU-DUGONTIER, FRANCOIS

Interne des Hôpitaux de PARIS

Né le 28 Janvier 1933 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE CRITIQUE DE ONZE CAS D'ENCEPHALOPATHIE DE L'ENFANCE TRAITES PAR LA THERAPEUTIQUE DITE "DES CELLULES FRAICHES"

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR L. MICHAUX

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

15-12-1963

PRO FESSEURS HONORAIRES

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.) Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Gaillard (H.), Gaudart d'Allaines(F.de) Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.) Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.),Olivier (E.), Pasteur Vallery Radot, Petit Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.) Verne (J.)

DOYEN	Gaston CORDIER
1er ASSESSEUR	Daniel BARGETON
2ème ASSESSEUR	Paul CASTAIGNE

I.- P R O F F E S S E U R S

1°.- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a.- Professeurs Titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie Médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Educ.phy.et aux sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
	DJOURNO (A.)
	DOGNON (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et Médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et Virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie Chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)

Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
	PARROT (J.)
Physiologie et Pathologie Obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b.- Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Pharmacologie	LEVY (Melle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLG (H.)

2°.- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a.- Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIE (P.)
Clinique Chirurgicales	- Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L.)
	- Cochin	LEGER (L.)
	- Hotel Dieu	PATEL (J.)
	- Pitié	CORDIER (G.)
	- Saint Antoine	GOSSET (J.)
	- Salpêtrière	SICARD (A.)
	- Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et ortho.(E.malades)		FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale ortho. et traumatique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNE
Clinique de chirurgiecardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie Pleuro-pulmo.. (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants malades)		LAMY (M.)
Clinique Gynécologique (Broca)		HUGUER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphi.(St.Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies d'enfants (Enfants malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Cl.Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et encéphale(Ste Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)

Cliniques médicales	- Broussais	MILLIEZ (P.)
	- Broussais	LENEGRE (J.)
	- Cochin	BROUET (G.)
	- Hôtel Dieu	BARIETY (M.)
	- Lariboisière	SEZE (S.de)
	- Pitié	DREYFUS (G.)
	- Saint Antoine	KOURILSKY (R.)
	- Saint Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et climatologie (Bichat)		DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de péd.sociale (E.Malades)		MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		JUSTIN-BESANCON(L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Cliniques neurologiques(Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque		LACOMME (M.)
		MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel Dieu)		RENARD (G.)
(Cochin)		OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et puériculture (St.Vincent de Paul)		N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale(Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (St Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAUTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)		ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicale		POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique		JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance(Trousseau)		N...

b.- Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	LAMBLING (A.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)

Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES et MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie	CABROL (C.)	Hydrologie	BESANCON (F.)
	COUINAUD (C.)		CORNET (A.)
	GILLOT (C.)		
	HUREAU (J.)	Hygiène	BLANCHET (G.)
			CORRE-HURST (Mme L.)
Anatomie	GAUTHIER VILLARD (Melle)		ROUSSEL (A.)
pathologique	ABELANET (R.)		SAPIN JALOUSTRE (H.)
	CHOMETTE (G.)		
	GOUYGOU (Ch.) pr;s;ch;	Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
	NEZELOFF (Ch.)		LISSAC (J.)
	ORCEL (L.)		RAPIN (M.)
	PAILLAS (J.)		
		Maladies métaboliques	ANTOINE (B.)
Anesthésiologie	KERN (E.)		CROSNIER (J.)
	M. du BOUCHET (Mme)		RICHER (G.)
	VOURC'H (G.)		SEBAOUN (J.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr.s.ch.	Médecine légale	BOURGUIGNON (A.)
	CHRISTOL (D.)		FOURNIER (E.)
	DAGUET (G.)		GUENIOT (M.)
	LE MINOR (L.)		HADENGUE (A.)
	TOURNIER (P.)		
		Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Biochimie médicale	BAULIEU (Et.) M; Cf.		
	BOURILLON (R.)	Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
	CARTIER (P.) pr.s.ch.		
	CORNILLOT (P.)	Neuro-Psychiat.	CAMBIER (J.)
	DREYFUS (J.Cl.)		CATHALA (H.)
	GONNARD (P.)		ESCOUROLLE (R.)
	JEROME (H.)		GAUTIER (J.Cl.)
	KRUH (J.)		LAPRESLE (J.)
	LEGRAND (J.Cl;)		LEREBOULET (J.)
	NORDMANN (J.)		PICHOT (P.)
			TARDIEU (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	PLAS (F.)	Obstetrique	GRANJON (A.)
			HERVET (E.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.P.)		LE LORIER (G.)
	BOIVIN (P.)		LEVY (J.)
	HARTMANN (L.) pr.s.ch.		LEWIN (D.)
			MUSSET (R.)
Carcinologie	BOIRON (M.)		ROBEY (M.)
	DENOIX (P.)		SENEZE (J.)
	MATHE (G.)		SUREAU (C.)
	SELIGMANN (M.)		

Cardiologie	HATT (P.Y.)		TCHOBROUTSKY(MmeC)
			TUOYER ROZAT(J.)
Dermato-Syphigraphie	CIVATTE (J.)		
	DUPERRAT (B.)	Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.)
	HEWITT (J.)		BREGEAT (P.)
	TOURAINE (R.)		DUBOIS (A.)
			FONTAINE (Mme M.)
Electro-radiologie	HEITZ (F.) M.Conf.		SARAUX (H.)
	LEDOUX LEBARD(G.)		
		Orthopédie	DUPARC (J.)
Embryologie	ROUX (Ch.)		MAURER (P.)
Hématologie	BESSIS (M.)		MEARY (R.)
	BILSKI PASQUIER(G.)		POSTEL (M.)
	DAUSSET (J.)		RAMADIER (J.)
	DUHAMEL (G.)		
		Oto-Rhino-Laringologie	
Histologie	COUJARD (R.)pr.s.ch.		DEBAIN (J.)
	DA LAGE		PIALOUX (P.)
	MAROIS (M.)		SERGENT (H.)
	RACADOT (J.)		
	SCHRAMM (B.)	Parasitologie	GOLVAN (Y.)
			HO THI SANG (Mlle)
			LAPIERRE (J.)

Pathologie Chirurgicale		Pédiatrie Puériculture	
	BARCAT J.		ALAGILLE D.
	BINET J.P.		ALISON J.
	BLONDEAU Ph.		CANLORBE P.
	CERBONNET G.		GORIN R.
	CHATELIN C.L.		LAFOURCADE J.
	DAUTRY P.		LEPERCQ G.
	DEMIRLEAU		LESTRADET H.
	DUBOST Cl.		MALLET R.
	FAUREL J.		MANDE R.
	FLABEAU F.		MINKOWSKY A.
	GALEY J.J.		MOZZICONACCI P.
	GARBAY M.		POLONOVSKI C.
	GARNIER H.		REY J.
	GAUDART d'ALLAINES		RIBIERRE M.
	GERMAIN A.		ROSSIER A.
	LATASTE J.		VIALATTE J.
	LOYGUE J.		
	MAILLARD J.N.	Pharmacologie	BOISSIER J.
	MERCADIER M.		LECHAT P.
	NATALI J.	Physiologie	BARRES G.
	PELLERIN D.		DURAND J.
	PERRAIN J.		GIRARD FR. M.Cf.
	PREMONT M.		HUGELIN A.
	ROBERT H.		LAURENT D.
	THOMERET G.		SCHERRER J.pr.s.ch.
	VAYSSE J.		VASSEUR B.

Pathologie Exotique
SCHNEIDER J.

Pathologie expérimentale
BERTAUX P.
COTTENOT Fr.
LOEPER J. pr.s.ch.
MAURICE J.
MIKOL Cl.
PAUPE J.R.

Pathologie médicale
ACAR J.
ARQUIER L.
ASSANNAIRE M.
BEAUMONT J.L.
BERNIER J.J.
BOUVIER J.
BOUVRAIN Y.
BRISSAUD H.
BROCARD H.
BUGE A.
CANIVET J.
CARLOTTI J.
CATINAT J.
CHRETIEN J.
CLOAREC M.
COBLENTZ B.
CONTAMIN F.
COURY C.
DEBRAY J.
ETIENNE J.P.
FREZAL J.
FRITEL D.
FUNCK BRENTANO J.L.
GRIVAUX M.
HAZARD J.
HENNEQUET A.
HIMBERT J.
HOUSSET E.
LAGRUE G.
LESOBRE R.
LEVEQUE B.
MACREZ C.
MOREAU L.
NENNA A.
NICK J.
POULET J.
ROYER P.

Physique médicale
CHANTEUR J.
COURSAGET J.
GREMY F.
MILHAUD G.
PAGES J. Cl.
PELLERIN P.
ROUCAYROL J.C.
TUBIANA M.

Pneumo phtisiologie
DECROIX G.
ISRAEL L.
MEYER A.
RENAULT P.
SORS Ch.

Psychiatrie infantile
DENIKER P.
DUCHE D.
FLAVIGNY H.

Radiologie médicale
DUBOST J.
LEFEBVRE J.
MICHEL J.R.

Rhumatologie MASSIAS P.

Stomatologie CAUHEPE J.
CERNEA P.
CHAPUT (Mme A.)
CREPY Cl.
FLEURY R.
GRELLET M.

Thérapeutique CHASSAGNE P.
FOUET P.
LABEY R.
MARCHE J.

Urologie AUVERT J.
MOULONGUET A.
QUENU L.

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

Anatomie	DEBEYRE J.	Clinique ophtalmologique	DESVIGNES P.
Clinique chirurgicale	VERNE J.M.	Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE R.
Clinique médicale	RAMBERT P. THIEFFRY S.	Clinique psychiatrique	BARUK. H.
Clinique obstétricale	GRASSET J. MAYER M. MORIN P.	Clinique urologique	KUSS R.

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY P.	Pathologie chirurgicale	RUDLER J.

Professeur sans chaire

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI E.
LAUNAY J.

Secrétaire général de la faculté	M. LENA J.
Conseiller administratif	Melle CHAINTREUIL G.
Conservateur en chef de la bibliothèque	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN A.
Conservateurs	Melles DUMAITRE P. - LE NOIR G. - QUIEVREUX E.
Bibliothécaires	Mmes CONTET J. FORGET F. Melle LAURENT H. Dr. SCHILLER J.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérés comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS,

A MA FEMME,

A MES ENFANTS,

A TOUS LES MIENS.

A Monsieur le Professeur L. M I C H A U X

Professeur de la Clinique de Neuropsychiatrie Infantile

Qui a bien voulu accepter
la présidence de cette thèse,

Qu'il trouve ici le témoignage de ma profonde reconnaissance
pour son enseignement.

A Monsieur le Professeur Agrégé D.J. DUCHE,

Médecin des Hôpitaux

de P A R I S,

Qui m'a inspiré le sujet de ce travail,

La clarté et la variété de votre enseignement ont fait de mon apprentissage de la Neuro-Psychiatrie infantile l'une des périodes les plus enrichissantes de mon Internat.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Externat :

Monsieur le Docteur R. BENDA,

Monsieur le Docteur A. AMELINE, In Memoriam

Monsieur le Docteur P. PETIT,

Monsieur le Docteur A. GROSSIORD,

Monsieur le Professeur Agrégé Y. BOUVRAIN,

Monsieur le Professeur S. THIEFFRY,

Monsieur le Professeur S. de SEZE,

Monsieur le Docteur J. FACQUET.

Internat :

Monsieur le Professeur agrégé J. BOUVIER,

Monsieur le Docteur M. ALBEAUX-FERNET,

Monsieur le Professeur agrégé M. AUSSANNAIRE,

Monsieur le Docteur J. NOUAILLE,

Monsieur le Professeur L. MICHAUX,

Monsieur le Professeur agrégé R. TOURNEUR,

Monsieur le Docteur C. BACH,

Monsieur le Docteur M. MORIN,

Monsieur le Docteur J. DELAMARE,

Monsieur le Professeur R. LAPLANE.

INTRODUCTION

Il paraît admis par la plupart des médecins que la thérapeutique dite des "cellules fraîches" est dénuée de toute efficacité dans les encéphalopathies de l'enfance et, en particulier, dans le mongolisme. "Il est bien établi que la thérapeu-"tique dite des cellules fraîches n'apporte aucune modification "significative au comportement et à l'aspect du mongolien ; cette "thérapeutique est donc à rejeter" , écrivent C. LAUNAY et R. MALLET dans une étude récente sur le mongolisme.

Cette thérapeutique jouit cependant d'une singulière faveur. Ayant examiné, à la demande du Professeur Agrégé D.J. DUCHE, près de 200 dossiers d'encéphalopathes suivis et rééduqués dans un Centre de Rééducation pour déficients mentaux, nous avons pu relever 11 cas d'enfants ayant reçu un ou plusieurs traitements par les cellules fraîches, et ce chiffre pèche certainement par défaut, beaucoup de parents hésitant à reconnaître qu'ils ont fait subir une telle thérapeutique à leurs enfants, surtout dans la mesure où les résultats les ont déçus.

Donc, malgré et peut-être un peu à cause de la condamnation de cette pratique par la majorité des médecins, beaucoup d'enfants encéphalopathes subissent encore un traitement certainement douloureux, peut-être dangereux et, en tout cas, extrêmement onéreux.

Il ne nous a pas paru indigne d'intérêt de voir si un bénéfice quelconque pouvait justifier un tel traitement et quels en étaient les risques, en nous appuyant sur nos observations personnelles et sur les faits relatés dans la littérature.

LES BASES
DE LA
THERAPEUTIQUE TISSULAIRE

Le principe de la thérapeutique tissulaire est dû à FILATOV, dont les recherches remontent à 1935. Cet ophtalmologiste, au cours de ses travaux sur les greffes de cornée, avait remarqué que le greffon ne pouvait être considéré seulement comme "un hublot transparent dans une cornée opaque", mais encore comme une source de régénération de cette cornée "par un apport de principes biogènes favorisant sa nutrition et sa reconstitution". FILATOV, reprenant son expérimentation avec des tissus divers : muscles, cartilages, peau , prélevés sur le cadavre, remarqua que plus il conservait le tissu avant son utilisation, plus son activité paraissait grandir. Pour FILATOV, tout tissu vivant, quelle que soit sa nature, placé dans des conditions de vie difficiles : froid pour les animaux, obscurité pour les végétaux, voit apparaître des corps qui stimulent son activité biologique défaillante et lui permettent ainsi de survivre. Ce sont des biostimulines dont les applications thérapeutiques pourraient être universelles - et cela, qu'il s'agisse de tissus animaux tels que fragments d'embryon, de peau, de muscles , ou de tissus végétaux.

Pour FILATOV, les biostimulines possèdent des propriétés physico-chimiques : résistance à la chaleur de 120° pendant une heure, solubilité dans l'eau ; des propriétés biologiques : l'accélération de la cicatrisation des plaies cutanées et de la germination des graines, le renforcement des processus de fermentation des levures ; des propriétés bio-chimiques : la glycémie baisse, tandis que s'élève le glycogène hépatique, les capsules surrénales augmentent de poids et leur contenu en acide ascorbique diminue, le thymus s'atrophie, le test de Thorn est parfois positif, l'activité anti-hyaluronidase s'exagère, toutes modifications qui rappellent celles qu'on obtient avec la cortisone.

Le mode d'action de l'histothérapie n'en reste pas moins mystérieux et discuté : se fait-elle vraiment par des biostimulines ou par des dérivés anormaux provenant d'une déviation des métabolismes cellulaires des tissus en souffrance ? ... S'agit-il d'une stimulation du tissu réticulo-endothélial ... ou bien le couple hypophyso-surrénal intervient-il ? ...rejoignant les théories de SELLYE sur la réponse d'un organisme à un agent agressif et les maladies de l'adaptation.

Alors que, pour FILATOV, la nature du tissu utilisé n'intervient pas, pour ROUMANTZEV, le choix de l'implant ne serait pas, au contraire, indifférent : le placenta et la peau du cadavre sont des organes qui ont " fait leur temps " et terminé leur formation, mais des tissus prélevés sur des organes jeunes, en pleine potentialité évolutive, sont autrement riches en stimulines. Aussi utilise-t-il des fragments de surrénales, des glandes mammaires et des glandes sexuelles... Pour lui, ces implants auraient une action, sinon spécifique, du moins élective : ce serait la surrénale qu'il faudrait utiliser dans l'asthme bronchique, la rate dans les séquelles de processus inflammatoires (cicatrice - induration), l'ovaire dans les insuffisances ovariennes, la glande mammaire dans le fibrôme, les glandes sexuelles dans les maladies de la peau ... On voit ainsi se dessiner la thérapeutique dite des " Cellules fraîches ".

NIEHANS
ET
LA THERAPEUTIQUE
PAR
LES CELLULES FRAICHES

C'est NIEHANS, à partir de 1932, qui devait donner à la thérapeutique cellulaire sa vogue qui devait largement dépasser les milieux médicaux.

L'auteur, dans sa publication de 1949 : "Le traitement biologique des maladies organiques par injection de cellules vivantes", déclare obtenir "des succès étonnants et durables". S'appuyant sur une réaction biologique particulière, la réaction d'ABERHALDER ou réaction des "protéinases défensives" qui permettrait de préciser l'organe déficient, il traite les organes lésés avec les cellules fraîches correspondantes de foetus ou de jeunes animaux. Il cherche aussi à fortifier les convalescents et les personnes âgées par l'injection de cellules de la rate, du foie, de la moëlle osseuse, prélevées sur un foetus, ou par les glandes sexuelles d'un jeune animal. L'auteur coupe les organes prélevés dans une solution de Ringer pour obtenir d'infimes particules qu'il injecte sous l'aponévrose d'un muscle, moins de trente à quarante minutes après leur prélèvement.

D'après l'auteur, les cellules sont adoptées sans réaction. Il observe rarement une réaction allergique. Il n'a jamais constaté de choc anaphylactique, même après administration répétée de cellules identiques. Pour NIEHANS, ce sont les cellules mortes qui déclencheraient des phénomènes locaux et généraux fâcheux, que les cellules fraîches ne produisent pas. La culture, elle aussi, doit être fraîche, vivante et entièrement différenciée. Cette théorie de l'action des cellules fraîches s'oppose donc radicalement aux conceptions de FILATOV, pour qui la conservation du tissu avant utilisation augmentait l'activité.

Pour NIEHANS, les cellules fraîches conserveraient à la place de l'injection leur vitalité pendant des années : il cite en exemple une femme chez qui des cellules ovariennes de jeune brebis se font toujours légèrement sentir 1 ou 2 jours avant les règles (fait pour le moins surprenant quand on connaît le comportement d'un organisme vis-à-vis de tissus étrangers) ; et

l'auteur admet qu' "après injection de cellules fraîches, il y "a non seulement une action générale non spécifique sur le corps "du malade, mais aussi un effet spécifique sur les cellules de "l'organe correspondant, même si celui-ci est éloigné de l'en- "droit de l'injection".

L'auteur énumère les maladies qu'il a essayé de traiter, parmi lesquelles on peut relever :

- le nanisme traité par les cellules hypophysaires éosinophiles ;
- le myxoedème par les cellules de la thyroïde ;
- le mongolisme par la thyroïde et le thymus ;
- l'hypertension artérielle par les cellules de la glande sexuelle ;
- l'homosexualité par les cellules de la glande sexuelle mâle ;
- la "schizophrénie thalamique" (? ...) par les cellules du thalamus, de la glande sexuelle, du foie foetal ;
- l'idiotie par les cellules de la partie frontale du cerveau ; ...

Mais ... , conclut modestement l'auteur, 1000 injections ne représentent pas 1000 guérisons ! ... Il cite, entre autres, deux exemples d'encéphalopathie traitée par sa méthode :

1.- S.H. : née en 1942, nanisme avec type mongolien (petite taille, yeux bridés), intelligence retardée.

Le 27 Septembre 1949 : injection de cellules fraîches de thyroïde et de thymus d'un foetus de brebis : les yeux s'arrondissent , le regard devient normal, en 2 mois ½, l'enfant grandit de 3 centimètres, prononce des mots et commence à former des phrases .

2.- I.T. : née en 1949, mongolisme.

Le 9 Juin 1949, injection de cellules de thyroïde et de thymus foetaux : l'enfant grandit de 5 centimètres , se tient debout avec aide et commence à marcher, son intelligence se développe normalement.

Les théories de NIEHANS eurent peu de succès en France et aux Etats-Unis, mais eurent une grande vogue en Allemagne, en Italie et en Suisse. En 1957, G. DESTUNIS, de Berlin, rapporte dans "Archives of Pediatrics", de New-York, le résultat surprenant du traitement de 113 encéphalopathies de l'enfance.

L'auteur utilise un type de traitement qu'il appelle "implantations diencéphaliques". Il utilise des fragments de diencéphale de veau fraîchement tué, prélevé de façon stérile. Pour l'auteur, tout risque de transmission de zoonoses est exclu, les animaux ayant été examinés auparavant par le vétérinaire de l'abattoir. Les fragments sont plongés dans une solution saline additionnée de 100.000 à 200.000 unités de pénicilline selon l'âge de l'enfant. L'ensemble est injecté avec un trocart dans la région fessière, sous forte pression.

L'implantation pourrait être répétée huit ou dix semaines plus tard et même une troisième fois après le même délai. Dans un cas, une quatrième implantation, pratiquée un an après la première, fut mal tolérée, l'enfant réagissant par des vomissements sévères.

Un test préparatoire est pratiqué par l'auteur pour éliminer le risque d'accidents anaphylactiques et allergiques : quelques cm3 de tissu à injecter sont mélangés à une quantité équivalente de sérum physiologique. Ce mélange est centrifugé pendant 40 minutes à 3.000 tours. Le surnageant est décanté et injecté en intra-dermo réaction ; la peau est examinée 50 minutes après, s'il n'y a pas de réaction, une injection sous-cutanée est faite. La peau est de nouveau examinée 50 minutes plus tard et, en cas de doute, 3 cm3 sont injectés en intra-musculaire. Le test est considéré comme positif s'il se produit une réaction locale avec érythème circonscrit de 4 cms de diamètre.

Les résultats rapportés par l'auteur sont impressionnants :

- le choc dû à l'implantation peut durer 2 à 3 jours, avec inflammation locale, érythème, fièvre, agitation et inappétence ;

- une amélioration spectaculaire de l'état général fait suite avec accroissement de l'appétit, amélioration du sommeil, de l'intérêt pour l'entourage ;
- l'intelligence progresse en général de 6 à 12 mois, d'après l'auteur qui n'apporte pas de tests pour le prouver, la mémoire et la capacité d'attention progressant particulièrement ;
- le langage progresse également et l'amélioration peut se poursuivre plusieurs années après l'implantation ;
- quant à la motricité, les enfants retardés dans leur développement psycho-moteur, commencent en général à marcher quelques semaines après l'implantation. La préhension et l'adresse s'améliorent. La démarche, souvent disgracieuse, incertaine, avec élargissement du polygone, devient plus aisée;
- la spasticité musculaire devient moins intense (y compris dans la maladie de Little) ;
- les mouvements athétoïdes deviennent moins importants ou disparaissent ;
- les crises convulsives deviendraient plus fréquentes 1 ou 2 semaines après l'implantation, mais deviennent plus rares par la suite ;
- la croissance s'accroîtrait particulièrement si l'inplantation a été pratiquée avant la puberté ;
- l'auteur préconise l'implantation avant six ans, pensant qu'un cerveau non complètement différencié répond mieux à la stimulation biologique apportée par l'implantation.

L'auteur donne enfin le tableau récapitulatif des 113 cas avec les résultats de l'implantation :

T A B L E A U N° I

	TOTAL	AMELIORE	INCHANGE
- Encéphalopathies	44	37	7
- Mongoliens	30	24	6
- Débilité mentale limitée	17	15	2
- Débilité mentale sévère	12	10	2
- Troubles de la motricité et du langage	4	1	3
- Insuffisance hypophysaire	6	3	3
	113	90	23

En France, c'est la grande presse qui devait faire connaître au public la thérapeutique de NIEHANS, en exploitant judicieusement le côté semi-clandestin de ce traitement. C'est ainsi que, dans un article intitulé : "Les cures audacieuses du médecin du pape", on voit les Etats-Unis et la France traités de pays réfractaires à la thérapeutique cellulaire, qui a pénétré largement dans les hôpitaux de Russie, Allemagne, Suisse, Scandinavie. On y raconte l'histoire des pionniers qui "prélevaient les organes aux abattoirs d'Etampes, traversaient la ville "en trombe, jusqu'à un laboratoire installé dans leur garage, et, "pour rester dans le délai d'une heure, piquaient le malade étendu "à l'arrière de leur voiture." Suit le récit de la guérison du Pape par NIEHANS. Un autre article intitulé "Victoire sur le mongolisme", met sur le même plan la découverte de la trisomie 21 dans le mongolisme par LEJEUNE et TURPIN et les miracles de la thérapeutique cellulaire dont voici quelques exemples : "métaporphoses du visage presque à vue, comme dans ces films "accélérés sur la croissance des plantes, poussées si rapides "qu'il semble que l'organisme entier de l'enfant appelait l'im-"plantation cellulaire ; cas d'un garçon dont le développement "cérébral fut si sensible qu'il fallut une intervention chirur-"gicale pour donner du jeu aux os de sa boîte crânienne - une "petite fille de 11 ans, partie d'un coefficient intellectuel "de 48, c'est-à-dire de l'idiotie complète (un quotient intellec-"tuel ne représente pas l'idiotie complète) écrit elle-même ses "voeux de nouvel an : Merci, cher Docteur, de m'avoir donné le "moyen de vous écrire".

Ainsi, il n'est pas de semaine où, sous les titres les plus alléchants, la presse à sensation ne chante la gloire de la thérapeutique cellulaire et de son promoteur. Citons encore : "Le secret des cellules fraîches révélé par la métamorphose de "Denise" et "De PIE XII à CHURCHILL, la fabuleuse carrière de "NIEHANS".

OBSERVATIONS

Nos observations proviennent d'un Centre de Rééducation pour Déficients Mentaux.

La progression des enfants y est schématiquement organisée de la manière suivante :

- Pendant une première phase, l'enfant reçoit, dans un premier centre, des leçons individuelles de rééducation sensori-motrice : rééducation gestuelle, parole, langage, et scolarité débutante si possible. Il passe ensuite en groupe d'observation où est étudié son comportement en groupe.

- La deuxième phase est caractérisée par le passage à la vie collective dans un deuxième centre, où les enfants reçoivent, en commun, une éducation essentiellement adaptée à la vie pratique. Certains enfants difficiles font auparavant un bref passage en groupe d'adaptation de deux ou trois enfants. L'activité au centre de rééducation collective est orientée vers l'apprentissage.

Tous les enfants des deux Centres subissent, à intervalles rapprochés et réguliers, des examens médicaux et psychologiques destinés à évaluer leur progression. Ces conditions d'observation sont les meilleures possibles pour déceler tout progrès de manière précise.

Nous avons examiné deux cents dossiers de déficients mentaux : onze d'entre eux avaient été traités par cellulothérapie de façon certaine - plusieurs cas incertains n'ont pas été retenus, alors même qu'il existait de fortes présomptions. Cette proportion de onze enfants sur deux cents, déjà considérable, est bien inférieure à la réalité ; de nombreux parents tenant à garder le silence sur le traitement subi par leur enfant. Ces onze enfants totalisent quarante injections cellulaires, soit une moyenne de quatre injections par enfant, les cellulothérapeutes considérant que l'injection doit être répétée tous les six mois de préférence et au moins tous les ans.

Sur ces quarante injections cellulaires :

- 21 ont été pratiquées dans deux établissements de la région parisienne spécialisés dans ce traitement ;
- 1 injection a été pratiquée en Suisse, dans la clinique de NIEHANS ;
- 9 injections ont été pratiquées à Francfort, par les soins du Docteur MOHR, disciple allemand de NIEHANS ;
- 9 injections ont été pratiquées chez deux médecins pratiquant la cellulothérapie.

Les cellules fraîches proviennent généralement de foetus bovins d'animaux fraîchement abattus. Le seul contrôle paraît donc être le contrôle vétérinaire habituel portant sur les animaux destinés à la consommation.

Plusieurs tissus provenant d'organes différents, choisis selon les "cellulothérapeutes" en fonction de l'état du malade, sont injectés séparément, en intra-musculaires profondes, à quelques centimètres de distance les uns des autres. Selon la technique de NIEHANS, les préparations sont injectées tout de suite après l'abattage. Il semble que certains thérapeutes utilisent actuellement des tissus après passage de huit à quinze jours en neige carbonique. Cette nouvelle thérapeutique cellulaire, dite "hibernée", supprimerait, selon les promoteurs, les dangers des injections de tissus frais - remarquons qu'il s'agit alors, tout simplement, de la technique de FILATOV.

Les enfants qui subissent la thérapeutique cellulaire font, en général, un séjour de trois jours en clinique "spécialisée", ainsi que leur mère.

OBSERVATION Nº 1

O... Pierre , né le 30 Juin 1956.

Enfant mongolien - le diagnostic avait été porté dès la naissance - la grossesse et l'accouchement ont été normaux.

Pierre reçoit à trois reprises des injections de cellules fraîches : à 9 mois, à 2 ans, à 3 ans. Ces injections ne donnent lieu à aucun incident; Les parents ne constatent aucun progrès à la suite de ces injections et abandonnent ce traitement inutile à leurs yeux et trop onéreux. Ce traitement avait été suivi sur les conseils d'amis.

Pierre entre au Centre de Rééducation, le 8 Octobre 1962 :

On note, à ce moment : enfant de 6 ans 10, présentant un gros retard de la parole, qui paraît néanmoins s'améliorer, obtenant au Terman-Merill un âge mental de 4 ans 2 (Q.I. = 60) assez homogène - grosses difficultés sur le plan de la connaissance du schéma corporel. L'enfant est assez opposant, très têtu, mais l'opposition paraît céder presque d'elle-même et l'enfant devient alors coopérant. On pourrait envisager un passage en groupe et une scolarisation assez rapide. Le contact des autres enfants favorisera certainement la rapidité de contact et amoindrira l'opposition.

15 Mai 1963 : progression satisfaisante.

13 Avril 1964 : passage en groupe d'observation - l'enfant est très à son aise, ne paraît pas inquiet.

29 Mai 1964 : Pierre continue à progresser à son rythme personnel qui n'est pas très rapide, mais régulier. Le langage est un peu meilleur. Il commence à faire de petites phrases, mais la prononciation est toujours difficile, handicapée par un bégaiement. Il reste un domaine où les progrès sont beaucoup moins nets, pour ne pas dire nuls : c'est la structuration spatiale, certainement à travailler - des possibilités d'apprentissage mais aussi beaucoup d'amour-propre qui font que l'enfant essaie de dissimuler ses difficultés. La connaissance du schéma corporel est bonne - pas d'instabilité, ni de troubles caractériels - devrait pouvoir passer rapidement au Centre de Rééducation collective, mais travailler le langage et la structuration auparavant.

BILAN DE FIN D'ANNEE :

Parfois opposant par une passivité totale au niveau de l'écriture et du langage.

Bon contact avec les adultes et les enfants.

Orientation vers le centre de rééducation collective pour 1964-65.

EN RESUME :

Enfant mongolien d'un "bon niveau". La cellulothérapie a été abandonnée par les parents qui considèrent que les progrès datent de la rééducation.

OBSERVATION Nº 2

U... Monique, née le 12 Février 1955.

Enfant mongolienne - la mère avait 37 ans au moment de la grossesse, qui a été normale - accouchement au 8ème mois - poids de naissance de 3 kgs - le diagnostic de mongolisme est porté à la naissance.

Depuis l'âge de 2 ans et sans aucune interruption, l'enfant reçoit , sur les conseils du médecin traitant, tous les six mois, une injection de cellules fraîches : hypothalamus, thymus, hypophyse, thyroïde. Ce traitement a été bien supporté la première fois, puis les injections suivantes ont été suivies de poussées thermiques transitoires à 39°-40°. L'enfant est fatiguée la semaine qui suit l'injection.

La mère pense que les injections ont été profitables à Monique, surtout au début. Elle trouve qu'il y a une grande différence entre sa fille et les autres enfants mongoliens et attribue cela au traitement, qu'elle a l'intention de poursuivre.

L'enfant est vue au Centre en 1963, à l'âge de 8 ans. Un certificat du médecin traitant précisait alors : "l'enfant présente un "état mongolien" qui a été considérablement amélioré depuis plusieurs années par une série d'injections de cellules fraîches. Le développement psychologique et le développement intellectuel ont été considérables. Le développement moteur et l'état staturo-pondéral sont actuellement normaux pour une enfant de 8 ans".

(Nous noterons ici que la notion d'"état" mongolien est souvent utilisée par les cellulothérapeutes et leurs adeptes - certains parlent même du mongolisme en pourcentage -).

L'examen psychologique fait au Centre le 28 Juin 1963 notait en réalité : enfant de 8 ans, ayant un bon niveau verbal et obtenant au Binet-Simon un niveau mental de 3 ans et 8 mois (Q.I. = 44) peu dispersé, mais l'adaptation aux épreuves est moyenne par distraction, absence de sens de l'effort et une certaine paresse ; elle paraît éveillée et l'adaptation sociale est certainement supérieure au développement intellectuel. Elle reconnaît quelques lettres, mais le graphisme est celui d'enfant de 3 ans.

Elle a une bonne mémoire, ce qui peut faire illusion sur les capacités de lecture (elle connaît un livre de lecture simple par coeur, mais ne sait pas lire le mot extrait du contexte).

La connaissance du corps est assez mauvaise : sur elle, elle est capable de désigner les différentes parties, mais le mannequin est impossible à reconstituer. Son dessin du bonhomme est assez schématique, les yeux sont en dehors du corps. Le comportement de l'enfant est assez stable, mais la coopération est difficile à obtenir car l'enfant est paresseuse. L'attention est difficile à maintenir, l'enfant fait peu d efforts pour répondre ; en fait, avec un peu de fermeté, elle devrait rapidement progresser car elle paraît très éducable ; le passage au Centre de rééducation collective devrait pouvoir se faire rapidement.

Le 26 Février 1964 : l'examen psychologique n'enregistre aucun progrès. L'âge mental reste identique au Binet-Simon ; l'adaptation y est aussi moyenne par manque d'effort, lenteur et difficulté à soutenir l'attention ; le niveau graphique reste également stationnaire : elle fait le rond - début de la croix, avec stéréotypie du rond à chaque épreuve qu'elle ne peut réaliser. Le bonhomme est au stade têtard, moins bon qu'en Juin. Le niveau général se situe de façon homogène à 3 ans 6 mois.

Le 2 Mars 1964 : on note que l'enfant progresse très peu, mais elle ne travaille pas du tout à la maison ; la mère, célibataire, est anxieuse, tendue, souvent déprimée ou agressive. On fait un essai de passage en groupe d'observation de façon à stimuler l'enfant.

Le 15 Mai 1964 : pas de progression bien nette depuis le passage en groupe d'observation - comportement : peut-être plus épanouie, moins agressive.

BILAN DE FIN D'ANNEE 1963-1964 :

Enfant agressive vis-à-vis des autres enfants qu'elle gronde et corrige - accapare les jeux - affectueuse et souriante vis-à-vis de l'adulte - Passivité et mutisme devant toute activité qui lui déplaît - autonome dans le domaine pratique - niveau de compréhension qui semble assez bon - Tout début de progression scolaire - Il est difficile de savoir comment l'orienter.

EN RESUME :

Enfant mongolienne de 9 ans, recevant, depuis l'âge de 2 ans, un traitement par "cellules fraîches", renouvelé chaque année - malgré un niveau de départ satisfaisant, absence de progrès appréciables - grosses difficultés dans le milieu familial.

OBSERVATION Nº 3

E... Laure , née le 19 Avril 1956 .

Enfant mongolienne, diagnostic porté dès la naissance, après une grossesse et un accouchement normaux - premiers pas à 18 mois - premières phrases à 5 ans.

Laure est vue à l'hôpital de Créteil le 12 Février 1963 - l'examen psychologique montre, au Terman-Merill, un âge mental de 2 ans 11 mois pour un âge réel de 6 ans 10 mois (Q.I. = 44).

En Juin 1963, Laure reçoit en une seule séance quatre injections de cellules fraîches de placenta, thymus, thyroïde et hypophyse provenant d'un foetus bovin de 7 mois, ainsi que des cellules provenant d'un agneau : l'enfant est nerveuse et grognon les semaines suivantes, se plaint de ses yeux, ce qui justifie un examen d'ophtalmologie.

La mère n'a constaté aucun progrès à la suite des injections et n'a pas l'intention de faire subir à sa fille la nouvelle série prévue six mois après la première. Le traitement avait été conseillé par une voisine qui l'avait essayé elle-même, car elle "sentait des champignons dans l'estomac".

Laure entre au Centre de Rééducation en Octobre 1963 :

14 Avril 1964 : on note à l'examen psychologique "enfant très stable, coopérante, s'adaptant bien aux conditions de l'examen (avec néanmoins tendance à être plus capricieuse en présence de la mère). La parole est mal articulée et mal prononcée. Le niveau au Terman-Merill est maintenant de 3 ans 9 mois (Q.I. = 46) pas très homogène. La connaissance du corps est encore très médiocre. Le niveau graphique est de 3 ans 6 mois. L'adresse manuelle est correcye. Le comportement étant stable et l'application assez bonne, on devrait essayer assez rapidement un passage en groupe."

29 Mai 1964 : bonne progression de l'enfant - problèmes avec la mère déprimée, ayant souvent des idées morbides.

25 Juin 1964 : le comportement est plus difficile - opposition, instabilité, mère très déprimée.

BILAN DE FIN D'ANNEE 1963-1964 :

Bonne adaptation, mais très opposante, ce qui la gêne pour une progression plus rapide - mauvaise mémoire, bonne compréhension - termine sa progression sensorielle.

5 Octobre 1964 : le passage en groupe d'observation se fait facilement - prévoir le Centre de rééducation collective assez rapidement.

EN RESUME :

Enfant mongolienne ayant subi à 7 ans l'injection de cellules fraîches. La mère pense que cela n'a amené aucun progrès - progression normale avec la rééducation au Centre.

OBSERVATION Nº 4

N ... Thérèse, née le 2 Mai 1957

Enfant mongolienne - petite anoxie néo-natale - diagnostic de mongolisme porté dès la naissance - marche à 21 mois - ne fait pas de phrases à 4 ans ½.

- Depuis l'âge de 4 ans, à intervalles de 9 mois, Thérèse subit, à quatre reprises, en Allemagne, des injections de cellules fraîches; chaque injection donne lieu à une élévation thermique pendant huit jours. La mère, qui fait suivre ce traitement, sur les conseils d'amis qui ont un enfant encéphalopathe, trouve qu'il est profitable à sa fille, sans pouvoir préciser où se situent les progrès.

- Thérèse est vue au Centre de Rééducation le 9 Janvier 1962.

- Enfant mongolienne volontiers opposante dans son comportement - aucune discrimination droite-gauche, grande maladresse manuelle, gros troubles de la structuration tempore-spatiale - troubles du langage.

- Examen psychologique du 7 Juin 1963 : enfant de 6 ans 1 mois, instable, remuante, présentant un important retard de langage (pas de phrases, association de mots, mauvaise prononciation) et un niveau mental se situant aux environs de 3 ans 3 au Terman-Merill (Q.I. = 53). Le niveau graphique est sensiblement du même ordre. L'enfant est très dissipée et écoute peu ce qu'on lui demande. L'adaptation aux épreuves est, de ce fait, très fluctuante, les gestes sont précipités, brutaux, peu précis. Le contact est bon néanmoins. L'opposition est vaincue par le fermeté, mais le moindre stimulus extérieur la distrait et l'enfant n'a pas du tout le sens de l'effort.

- Le 23 Avril 1964 : Thérèse a fait quelques progrès sur le dernier examen, notamment pour parler, pour s'adapter aux conditions de l'examen, mais le niveau des acquisitions n'a pas beaucoup augmenté. Au Terman-Merill, le niveau est maintenant de 3 ans 6 (Q.I.=50). Il semble que le problème familial soit à l'origine de ce petit retard dans les acquisitions, la mère ayant beaucoup de mal à surmonter ses difficultés et à coopérer activement à la rééducation . Il est certain que, compte tenu de ce problème familial, la scolarité au Centre de Rééducation collective serait indiquée.

BILAN DE FIN D'ANNEE 1963-1964 :

Enfant instable, opposante, agressive, affectueuse, des initiatives personnelles au niveau du jeu - bonne compréhension, réponses adaptées, mémoire assez bonne - début de scolarité.

EN RESUME :

Enfant mongolienne subissant régulièrement des injections cellulaires en Allemagne - progression handicapée par la non-coopération de la mère.

OBSERVATION Nº 5

A... Nicole, née le 18 Octobre 1947.

Enfant mongolienne ; la mère avait 43 ans au moment de la naissance. Le diagnostic a été porté à l'âge de 3 mois.

Nicole subit à deux reprises un traitement par les cellules fraîches : une première fois en France, en Septembre 1958, une deuxième fois, en Mars 1961, à la Clinique du Docteur NIEHANS , en Suisse. Aucun incident n'a marqué ces deux traitements. La mère pense qu'ils n'ont entraîné aucun progrès chez sa fille.

Nicole entre au Centre de Rééducation en Octobre 1962 : Q.I. global = 48 - compréhension et mémoire assez bonnes, niveau graphique 6-7 ans pour 15 ans, lecture courante, mais comprend mal - calcul : addition et soustraction ; enfant ordonnée, propre, n'ayant pas de troubles caractériels.

Le 26 Avril 1963 : l'enfant obtient au Binet-Simon un âge mental de 7 ans 6 (Q.I. = 48), assez peu homogène, mais où elle se montre assez socialisée et adaptée. La mémoire est assez bonne. Les difficultés résident surtout dans les opérations concrètes avec la monnaie et les copies de dessins. Les phrases sont simples et le vocabulaire est pauvre. En lecture et écriture, le niveau de l'enfant est de 8 ans 7 mois. L'orientation spatiale est médiocre. La connaissance du corps est correcte, pas très fine. La représentation graphique du bonhomme est très maladroite . L'enfant paraît très autonome et bien adaptée socialement : elle est appliquée, attentive, coopérante. Il semble qu'il soit possible d'obtenir un bon conditionnement à une activité professionnelle pour laquelle elle aurait du goût et où elle puisse avoir une certaine part d'initiative qu'elle semble actuellement employer à bon escient.

Examen du 18 Mars 1964 : Nicole conserve de grosses difficultés d'orientation et de structuration spatiale, mais sa stabilité, sa capacité d'attention et d'observation sont d'un bon pronostic et réduisent, en partie, ce handicap. Aux épreuves motrices, Nicole a du mal à joindre la vitesse à la précision ; elle sacrifie plutôt la vitesse, ce qui réduit son efficience en gardant une qualité assez bonne.

Au total donc : bonne mémoire, des qualités d'observation et de précision, bénéficie d'un apprentissage. Bon pronostic pour une adaptation professionnelle ultérieure.

BILAN DE FIN D'ANNEE 1963-1964 :

Enfant bien adaptée à la vie collective, lecture courante, dictées de phrases simples, progrès réguliers en activités professionnelles. Sait faire la vaisselle, éplucher les légumes.

EN RESUME :

Enfant mongolienne ayant subi à 2 reprises des injections de cellules fraîches. Les progrès très nets datent de la rééducation.

OBSERVATION Nº 6

A... Gérard, né le 5 Juillet 1950.

Il s'agit d'une débilité importante, avec troubles caractériels, secondaires à un traumatisme de la naissance : après une grossesse normale, accouchement avec circulaire du cordon, anoxie ; le diagnostic d'hémorragie méningée est envisagé mais non prouvé par ponction lombaire. Le développement psycho-moteur de Gérard est lent : il marche à 18 mois, fait ses premières phrases à 3 ans ½.

Gérard entre au Centre de Rééducation en Juin 1963 :

L'enfant présente au Binet-Simon un âge mental de 6 ans 3 (Q.I. = 50) pas très homogène. Les résultats aux autres tests sont également très dispersés. L'enfant présente de gros troubles de structuration spatiale. La coordination grapho-motrice est mauvaise, la discrimination droite-gauche est correcte. L'enfant est droitier homogène, semble-t-il. Le pointillage n'est qualitativement pas trop mauvais, mais l'enfant n'a aucun sens du rythme, ce qui ralentit son score global. Il est très difficile de soutenir son attention, plusieurs minutes de suite ; mais il est coopérant, docile, de bon contact ; la compréhension est bonne. Il devrait pouvoir très rapidement aller au Centre de Rééducation collective.

Le 12 Février 1964 : Gérard a strictement les mêmes résultats qu'en Juin 1963. Les difficultés d'orientation spatiale demeurent importantes et inchangées. La structuration spatiale est, elle-même, médiocre ; l'émotivité et l'anxiété sont importantes. Il fuit les difficultés par tous les moyens. Néanmoins, l'adaptation sociale, et même semble-t-il le niveau de coopération et de raisonnement, sont meilleurs que ne l'indiquent les résultats;

En Avril 1964 : Gérard subit un traitement par les cellules fraîches, sa mère ayant connu une enfant mongolienne qui avait reçu ce traitement et qui aurait été améliorée. Il reçoit des injections de placenta, thymus, testicule, hypothalamus et hypophyse. L'enfant est fatigué pendant les 15 jours qui suivent l'injection. Il ne fait pas de réaction fébrile. La mère a l'impression d'une amélioration portant sur le poids, l'appétit, la diminution de l'anxiété, de la débilité motrice. Elle aurait l'intention de recommencer le traitement.

L'examen psychologique du 24 Juin 1964 montre quelques progrès depuis Février. L'adaptation aux épreuves est meilleure. Gérard soutient mieux son attention, se contrôle plutôt mieux, paraît avoir une meilleure mémoire. L'émotivité reste importante, mais il paraît moins perturbé par l'anxiété et s'intéresse presque normalement aux activités. Le niveau est voisin de 5 ans. Il est très fatigable, mais surtout paresseux - peu d'autonomie affective - très dépendant - beaucoup de stéréotypies et persévérations qui sont des mécanismes de défense contre son anxiété. Peut-on envisager un passage au Centre de Rééducation collective, compte tenu de son âge ? ... encore à scolariser pour le moment, l'anxiété et l'instabilité compromettant une bonne adaptation en professionnel - groupe d'observation jusqu'en Janvier.

BILAN DE FIN D'ANNEE 1963-1964 :

Très bon contact avec le groupe mais peu autonome dans le travail scolaire - anxiété très importante, mais qui prend moins l'allure obsessionnelle - demeure assez instable sur le plan verbal.

Sur le plan scolaire : lecture courante et comprise - en calcul : addition de 2 chiffres et début de soustraction - dictée de mots simples composés de 3 syllabes.

EN RESUME :

Débilité profonde par anoxie néo-natale - reçoit un traitement par cellules fraîches en Avril 1964, auquel la mère attribue une amélioration déjà sensible dès Février 1964 au Centre de Rééducation.

OBSERVATION Nº 7

F... Christiane, née le 31 Octobre 1954 :

Enfant atteinte d'encéphalopathie avec convulsions et arriération mentale importante. Le début de la grossesse maternelle a été marqué par une angine sévère avec traitement antibiotique - accouchement difficile : anoxie nécessitant une réanimation - hémorragie méningée probable. L'enfant tient assise à 11 mois, fait ses premiers pas à 22 mois, ses premières phrases vers l'âge de 8 ans. A partir de l'âge de 8 mois, crises comitiales fréquentes avec état de mal convulsif à 3 reprises. Les tracés électro-encéphalographiques sont normaux. L'encéphalographie gazeuse montre une importante dilatation des espaces péri-cérébraux,

Christiane reçoit à deux reprises un traitement par les cellules fraîches, sur les conseils d'amis qui avaient eu connaissance de progrès chez un enfant mongolien. Première injection en 1961, sans incident, sauf une prise de poids importante les semaines suivantes où la mère trouve sa fille plus énervée.

Deuxième série 9 mois après : hyperthermie à 39-40°, pendant 24 heures - nouvelle prise de poids les semaines suivantes.

La mère pense que le traitement cellulaire n'a amené aucun progrès chez sa fille. Elle décide de l'abandonner car trop onéreux, douloureux pour l'enfant et peu utile.

Examen au Centre le 14 Juin 1963 : enfant de 8 ans 7, présentant un gros retard de la parole - niveau mental au Terman-Merill de 3 ans ($Q.I._o$ = 36), mais l'enfant est difficilement accrochable et intéressée par les épreuves. Le niveau graphique est inférieur à 3 ans. L'incoordination motrice est très grande ; pourtant, le comportement de l'enfant est assez stable, elle accepte de regarder, de répondre lorsqu'on insiste. Elle est peu coopérante, mais pas trop opposante. Elle n'a aucun sens de l'effort, a beaucoup de mal à terminer une action entreprise par manque d'intérêt surtout, mais quand le contact est bon, elle répond aux sollicitations de façon assez adaptée.

Examen psychologique du 22 Janvier 1964 : Christiane a fait peu de progrès tant sur le plan verbal que sur le plan des acquisitions, mais elle est beaucoup plus stable. L'attention est facilement mobilisée et retenue, elle accepte bien toutes les activités, reste assise pendant toute l'épreuve, est très participante même quand cela l'ennuie. La maladresse motrice reste considérable, la connaissance du corps très médiocre.

Examen médical du 15 Mai 1964 : p ogrès presque insignifiants, avec toutefois une ébauche de maîtrise ; étant donné l'âge de l'enfant et pour sonder tout-à-fait cette petite amélioration, on décide de prolonger la rééducation.

BILAN DE FIN D'ANNEE 1963-1964 :

Gros progrès au niveau du comportement (attention, maîtrise, effort) - enfant plus intéressée et "accrochable". Le langage est aussi en progrès mais elle ne fait pas de véritables phrases - début de progression sensorielle. On décide de poursuivre la rééducation.

EN RESUME :

Encéphalopathie avec convulsions et arriération mentale sévère - a reçu, à 2 reprises, un traitement par les cellules fraîches - petits progrès grâce à une rééducation tenace.

OBSERVATION Nº 8

L... Robert, né le 24 Mars 1956.

Enfant né à terme - accouchement normal après une grossesse normale - le cri est immédiat, le poids de naissance de 4,500 kg - aucune anomalie n'est signalée à la naissance.

Le développement psycho-moteur est très perturbé ; l'enfant ne se tient assis qu'à 18 mois, marche à 2 ans ½. Les premiers mots ne sont prononcés que vers 5 ans. Des convulsions sont signalées à l'âge de 8 mois sous forme de deux crises convulsives survenues dans la même journée - elles ne se sont jamais reproduites depuis. Un électro-encéphalogramme pratiqué à l'hôpital Trousseau est trouvé normal et l'enfant ne reçoit aucun traitement anticomitial.

En Janvier 1962, sur les conseils d'une voisine de palier, Robert reçoit un premier traitement par cellules fraîches, à Francfort, par le Docteur MOHR.

En Octobre 1962, nouveau traitement, toujours à Francfort.

Chaque injection de cellules fraîches est suivie d'une élévation thermique pendant 24 heures. Les parents ne constatent aucune action significative sur le poids et la taille de leur enfant. Ils ont, après la première injection, l'impression que leur enfant est plus calme, mais cette impression éphémère n'est pas confirmée par la deuxième injection.

Robert est vu au Centre de Rééducation le 30 Mai 1962, avec un comportement shizoïde, autistique, avec parasitisme minique, rires et pleurs immotivés, fuite du contact. L'enfant émet de multiples phonèmes incompréhensibles, ne coopère absolument pas et n'accroche à rien. L'examen montre qu'il est vaguement droitier, mais avec une préhension très mauvaise, il gribouille, ne distingue pas les deux extrémités du crayon. Il présente, par ailleurs, des stigmates dysmorphiques : hypertélorisme, doigts courts et épais.

L'examen neurologique, gêné par une hyperactivité et une instabilité incessante, montre l'existence d'une hypotonie globale, une ébauche de poursuite oculaire. La coordination semble assez bonne ; il voit et entend bien.

En résumé : il s'agit d'une débilité profonde avec Q.I. inférieur à 45, intriquée avec un état dissociatif. Le pronostic est très réservé, mais un essai de rééducation doit être tenté, rien n'ayant été fait (en dehors de la cellulothérapie) jusqu'à l'entrée au Centre.

Le 25 Mars 1963 : l'enfant s'isole moins - néanmoins, présentation très autistique - absence de contact, anxiété sous-jacente - aucun vocabulaire sauf parfois écholalie.

Examen psychologique du 13 Janvier 1964 : Robert se présente de façon assez autistique, mais il a cependant un certain contact. Il est très affectueux, vient s'asseoir sur les genoux pendant les épreuves ou l'entretien avec la mère. Il obéit peu, s'excite considérablement devant tout nouvel objet. Il manipule très pauvrement (comme un enfant de 12 à 15 mois), n'a aucune activité constructive ou adaptée.

Examen psychologique du 10 Juin 1964 : l'adaptation à un examen psychologique demeure impossible. Cependant, si l'autisme et l'anxiété sont encore très importants, il semble que l'enfant fuie moins le contact : il regarde l'examinateur, a des gestes affectueux à son égard, supporte le contact avec lui. Avec les objets, il existe une petite manipulation à finalité limitée, mais en rapport avec l'objet (pousser un âne sur roue, faire rouler une voiture). Il a, par ailleurs, des réactions d'opposition et des colères motivées qui ne sont pas "autistiques" ; pendant l'entretien avec le père, il ne s'échappe pas, revient de temps en temps pour prendre un objet, s'amuse à courir en faisant des bruits de voiture, toutes manifestations qui sont un début d'adaptation à la vie ambiante. Cependant, il est encore loin de s'adapter à un ordre verbal si on ne l'aide pas de la main - Le pronostic demeure très réservé.

BILAN DE FIN D'ANNEE 1963-1964 :

Le comportement s'est amélioré. Bien que l'autisme reste important, il est tout de même plus épanoui et devient de plus en plus présent aux exercices. Après un démarrage en progression élémentaire, Robert suit actuellement une leçon avec des exercices moteurs plus difficiles.

EN RESUME :

Débilité avec état dissociatif ayant subi à deux reprises un traitement par les "cellules fraîches" - ce traitement n'a entraîné aucune amélioration - Lents progrès dus à la rééducation.

OBSERVATION Nº 9

E... Claude, né le 11 Octobre 1958.

Histoire de la maladie: après une grossesse normale, un accouchement avec forceps, l'enfant aurait été normal jusqu'à 9 mois, âge auquel il aurait fait une "toxicose" au cours d'une diarrhée à staphylocoque, avec déshydratation - cet épisode serait, d'après les parents, responsable de l'état actuel.

A l'âge de 4 ans, un test note : gros retard psycho-moteur - niveau difficile à préciser en raison de l'instabilité de l'enfant et de la difficulté à le faire jouer, mais se situant aux environs de 21 mois, avec un langage légèrement inférieur à ce chiffre, mais avec une locomotion nettement supérieure à ce niveau.

Vu au Centre de Rééducation le 13 Novembre 1963 : examen médical pratiquement impossible ; l'enfant paraît plus hystérique que psychotique - aucune discordance ni parasitisme minique - très grande anxiété. L'impression est celle d'une psychose organique avec de très grosses difficultés de contact.

Claude reçoit, à deux reprises, un traitement par les "cellules fraîches" en Allemagne : en Novembre 1963 et du 11 au 16 Mai 1964. La première injection est marquée par une réaction fébrile à 38,5° - pas d'incident à la deuxième injection.

Claude est beaucoup plus nerveux pendant les 3 semaines qui suivent le traitement. Les parents trouvent, par la suite, l'enfant plus stable et plus éveillé.

Observations successives :

En Mars 1963 : assez bon niveau de compréhension - sur le plan sensoriel, bon échange d'objets - le comportement est mauvais : au début des séances de rééducation, fuit, crie, se roule par terre, puis accepte que la rééducatrice soit assise en face de lui, accepte le matériel et écoute chanter - enfant très anxieux, très opposant et instable.

En Mai 1963 : Claude commence à dire des mots isolés à sa rééducatrice - amorce d'exercices de précision gestuelle, amorce de la prise de conscience globale du corps. Le comportement est meilleur au début des leçons, Claude s'asseoit, écoute, chanter, mais cette acceptation dure peu. Il est très anxieux, avec des colères importantes qui ne cessent pas même si le motif de la colère a disparu.

Le 27 Septembre 1963 : enfant difficile, opposant - sanglote aux séances, pleure pendant le trajet, très agressif avec la mère. Le niveau de compréhension semble assez bon mais difficile à préciser en raison de l'opposition et de l'anxiété.

Le 24 Avril 1964 : Claude est beaucoup moins hystérique; plus coopérant, toujours très ludique, instable, plus ou moins hypomane, supportant assez mal les contrôles, pas très adroit de ses mains - La rééducation gestuelle et motrice doit être poursuivie pour lui apprendre lenteur, précision, efficacité. Il est beaucoup moins anxieux.

11 Mai 1964 : cellulothérapie.

BILAN DE FIN D'ANNEE 1963-1964 :

Claude accepte mieux les ordres et respecte mieux les consignes données mais demeure instable et fatigable. Il est coléreux et peut, dans son impulsivité, devenir opposant et agressif. La compréhension et la mémoire semblent bonnes. Il refuse le langage.

EN RESUME :

Il s'agit d'un enfant atteint de psychose organique grave, avec gros troubles du comportement. Deux cures de cellules fraîches ont été pratiquées en Allemagne, en Novembre 1963 et Mai 1964 - les parents ont trouvé ce traitement bénéfique, mais les observations périodiques n'ont montré aucune accélération du rythme de progression obtenu par une rééducation acharnée.

Les deux observations suivantes concernent deux enfants n'ayant fait qu'un bref passage au Centre de Rééducation et dont la progression n'a pu être suivie avec la même précision que dans les observations précédentes.

OBSERVATION Nº 10

S.... Denise, née le 1er Décembre 1946 :

Enfant mongolienne - la grossesse et l'accouchement ont été normaux - le poids de naissance était de 2,900 kgs - très grosses difficultés d'élevage pendant les premiers mois - Denise tient sa tête à 14 mois, marche vers 3 ans ½ - la propreté diurne est acquise vers 5 ans.

Sur les conseils du médecin traitant, une thérapeutique tissulaire est entreprise à l'âge de 12 ans : première injection en Juin 1958, deuxième injection en Octobre 1958, la troisième en Mars 1959, et une quatrième injection à une date non précisée. Chaque injection était suivie d'une poussée fébrile.

Les règles apparaissent peu après le début de la cellulothérapie. On note , dans la période qui suit les injections, une excitation anormale, en particulier sur le plan sexuel avec masturbation.

Les parents pensent que le traitement a été bénéfique. Il a été interrompu du fait de l'admission de Denise dans un internat pour déficients mentaux.

OBSERVATION Nº 11

M... Michèle, née le 23 Février 1949.

Encéphalopathie secondaire à un traumatisme de la naissance avec circulaire du cordon. L'enfant marche à 20 mois. La propreté diurne et nocturne est acquise vers 2 ans. Les premiers mots sont prononcés vers 3 ans.

Depuis Novembre 1957, Michèle reçoit un traitement par les cellules fraîches, renouvelé tous les ans pendant 5 ans. Les parents trouvent que le traitement a entraîné de gros progrès et pensent que c'est grâce à lui que leur fille a pu apprendre à lire et à écrire. Ils ont constaté, à plusieurs reprises, quelques heures après l'injection, la survenue d'une éruption généralisée. Les premières règles sont survenues à l'âge de 10 ans.

ETUDE CRITIQUE

I.- L'ACTION DE LA CELLULOTHÉRAPIE SUR LA CROISSANCE

Nous avons séparé, dans cette étude, le groupe d'enfants mongoliens, particulièrement homogène, comprenant six observations, et le groupe d'enfants arriérés mentaux non mongoliens, beaucoup plus disparate. Les deux groupes ont été comparés à deux groupes témoins correspondants, également suivis au Centre de Rééducation, n'ayant pas subi le traitement par les "cellules fraîches".

Le tableau N° II indique :

1.- LA TAILLE des mongoliens traités par cellulothérapie, avec détermination des écarts en pourcentage de la normale pour l'âge.

2.- LE POIDS, avec cotation des écarts en pourcentage de la normale pour la taille, selon les abaques de R. SCHOLLER et CANLORBE. On y voit que les tailles sont inférieures à la normale, les écarts se situant entre - 18 % et - 2 %. Les poids, par contre, sont supérieurs à la normale, se situant entre 0 et + 40 %.

Le tableau N° III :

Indique les poids et les tailles des enfants Mongoliens n'ayant pas reçu de cellules fraîches : les tailles sont inférieures à la normale avec des écarts se situant entre - 10 % et - 5 %, les poids supérieurs à la normale, les écarts se situant entre + 3 % et + 15 %.

En résumé, on peut dire qu'il n'existe aucune différence entre les deux groupes de mongoliens comprenant tous les deux des individus obèses et de petite taille. Il existe, certes, dans le groupe des enfants traités par cellulothérapie, 2 individus de poids normal, mais c'est aussi dans ce groupe que

TABLEAU N° II

ENFANTS MONGOLIENS TRAITES PAR CELLULOTHERAPIE

	AGE	TAILLE	% NORMALE	POIDS	% NORMAL
O... Pierre	9	1,16	- 10 %	22 Kgs	0 %
U... Monique	9,4	1,23	- 7 %	27	+ 8 %
C... Laure	8,2	1,13	- 11 %	27	+ 40 %
N... Thérèse	7,2	1,2	- 2 %	23,5	0 %
A... Nicole	16,8	1,51	- 5 %	57	+ 35 %
S... Denise	18	1,35	- 18 %	40	+ 35 %

Les tailles sont inférieures à la normale (-18 à - 2 %)

Les poids sont supérieurs à la normale (0 à + 40 %%)

Tableau N° III

GROUPE TEMOIN D'ENFANTS MONGOLIENS

	AGE	TAILLE	% NORMAL	POIDS	% NORMAL
O... M	19	1,48	- 7 %	44,8	+ 15 %
F... B	10	1,27	- 7 %	27	+ 6 %
D... B	7,6	1,10	- 10 %	19	+ 3 %
B... L	14	1,49	- 5 %	44,5	+ 15 %
P... D	10,3	1,25	- 7 %	27	+ 7 %

Les tailles sont inférieures à la normale (-10 à - 5 %)

Les poids sont supérieurs à la normale (+ 3 à + 15 %)

Tableau N° IV

DEFICIENTS MENTAUX NON MONGOLIENS TRAITES

	AGE	TAILLE	% NORMAL	POIDS	% NORMAL
A ..... G	14	1,67	+ 6 %	42	- 25 %
F ....CH	9,8	1,30	- 1 %	36	+ 35 %
L ..... R	7,9	1,26	0 %	27,5	+ 8 %
E C	5	1,20	+ 10 %	22	0 %
M .....M	15	1,65	+ 5 %	58	+ 5 %

TABLEAU V

GROUPE TEMOIN

DE DEFICIENTS MENTAUX NON MONGOLIENS

	AGE	TAILLE	% NORMAL	POIDS	% NORMAL
T ... N	11,8	1,58	+ 10 %	45,8	0 %
M ... C	8,4	1,28	+ 2 %	24,5	- 9 %
P ... C	11,5	1,47	+ 2 %	38	+ 3 %
C ... T	9	1,32	+ 1 %	35,2	+ 25 %
M ... D	15,7	1,44	- 10 %	42	+ 15 %

l'on trouve les plus fortes obésités avec des écarts allant jusqu'à + 40 %.

Les tableaux IV et V :

Indiquent de la même manière la taille et le poids d'enfants déficients mentaux, non mongoliens, traités par cellulothérapie (tableau IV) et d'un groupe témoin (tableau V). Les deux groupes sont naturellement beaucoup moins homogènes que ceux des Mongoliens et leur comparaison est beaucoup moins suggestive. On y voit toutefois que les écarts de la normale sont aussi importants dans le groupe ayant reçu un traitement par cellulothérapie que dans le groupe témoin.

EN RESUME :

L'étude comparée du poids et de la taille des enfants traités par cellulothérapie et d'un groupe témoin ne permet pas de constater de différence, constatation particulièrement nette pour les deux groupes très homogènes d'enfants Mongoliens.

II.- ACTION DE LA CELLULOTHÉRAPIE SUR LE DÉVELOPPEMENT MENTAL

Cette étude a porté sur le développement mental des Mongoliens traités par cellulothérapie et sur un groupe témoin d'enfants Mongoliens suivis au Centre de Rééducation. Il ne nous a pas paru possible d'étendre cette étude comparée aux autres déficients mentaux qui constituent un groupe par trop hétérogène, rendant abusive toute comparaison.

Les tableaux VI et VII :

Montrent que le chiffre du Q.I. se situe entre 35 et 60 dans les deux groupes, avec une forte majorité entre 35 et 50. On trouve certes un Q.I. à 60 dans le groupe des Mongoliens ayant reçu des cellules fraîches, mais si l'on tient compte des progrès réalisés au cours des examens successifs, on constate que les gains sont beaucoup plus nets dans le deuxième groupe (témoin) que dans le premier. La raison de cette différence nous

N ... T née le 2/5/57	← ← ← ←	1961 à 1963 7/6/63 (6;1) 23/4/64	Bonhomme Terman-Merill Bonhomme Terman	4 3,3 4 3,6	53 50
A ... N née le 18/10/47	← ←	Sept.58 Mars 61 30/6/62 12/9/62 26/4/63	Binet-Simon Wisc Binet-Simon		37 45 48
O ... P né le 30/6/56	← ← ←	1957 1958 1959 22/11/61 15/5/63 (6 ans 10) 29/5/64	Binet-Simon Bonhomme Terman Bonhomme Terman	4,3 4,2 4,6 4,7	55 60 57

	(13 ans 6)	TERMAN	4,4	
N ..... G né le 7/3/55	6/3/63 (8 ans)	BINET-SIMON Bonhomme	3,2 4,3	40
	22/11/63 (8,8)	TERMAN Bonhomme	4,4 4,9	50
	1/7/64 (9 ans 4)	TERMAN Bonhomme	5 4,3	53
P ..... D 31/1/54	28/2/64 (10 ans 1)	TERMAN Bonhomme	4 4,6	40
B ..... L 11/6/51	26/4/63 (11 ans 10)	Bonhomme BENDER BINET-SIMON	7,3 < 6 5,3	44
	29/1/64 (12 ans 7)	BENDER TERMAN	< 6 5,8	45
M ..... N 8/6/45	19/1/56 22/10/56 8/12/58	BINET-SIMON BINET-SIMON BINET-SIMON	 4,6	37 45 40
	5/6/63	BENDER BINET-SIMON Bonhomme	6,6 5,6 5,6	
	3/6/64	BORELLI-OLERON	4,6	

paraît tenir au fait que la collaboration des parents à la rééducation est, dans l'ensemble, moins bonne chez les enfants traités par cellulothérapie.

D'autre part, l'absentéisme scolaire est naturellement beaucoup plus important chez les enfants "traités" par cellulothérapie, chaque injection entraînant une longue absence.

INCIDENTS ET ACCIDENTS

Ils peuvent être groupés sous quatre chefs principaux :

. réactions LOCALES,

. réactions FOCALES,

. réactions ALLERGIQUES,

. réactions GENERALES.

I.- RÉACTIONS LOCALES

Les injections cellulaires faites à l'aide de trocarts de gros diamètre sont généralement douloureuses. Nous n'avons pas eu connaissance, dans notre série, de suppuration et d'abcédation, mais ces accidents ont été observés par plusieurs auteurs, avec, dans certains cas, des délabrements considérables.

II.- RÉACTION FOCALES

Elles ont été décrites surtout chez l'adulte, avec aggravation des troubles que l'on voulait améliorer : CATE et VACHON signalent l'aggravation considérable de psoriasis qui ont fait une poussée violente, 48 heures après un implant. On peut avoir une recrudescence des phénomènes douloureux dans les artérites, des poussées évolutives sérieuses dans la tuberculose pulmonaire. DESTUNIS a noté, dans les encéphalopathies avec convulsions, la recrudescence des crises, fréquente une ou deux semaines après l'implantation.

III.- RÉACTIONS ALLERGIQUES

Ce sont les plus fréquentes. Nous avons relevé, dans notre série, des réactions fébriles importantes, avec clochers à 39°-40° durant généralement de 24 à 48 h. chez six de nos enfants (Observations N° 2, N° 4, N° 7, N° 8, N° 9, N° 11); dans un cas (Observation N° 4), la réaction thermique dure huit jours

et s'est répétée lors des 4 injections. Dans la plupart de nos cas, les poussées fébriles se répètent ainsi après chaque injection.

Dans un cas (observation n° 11), une éruption généralisée s'est produite. Ces réactions cutanées sont fréquemment signalées dans la littérature.

L'observation suivante, bien que concernant un adulte non encéphalopathe, nous paraît constituer, à elle seule, une bonne illustration des accidents de la cellulothérapie :

R.A. SCHWOB, F. FOUCQUIER et G. GUIBE ont rapporté, dans le Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, un cas de Syndrome de Guillain Barré au cours d'un traitement par injections de cellules fraîches. Il s'agit d'une malade de 56 ans, obèse, souffrant d'infiltration adipeuse et d'oedème vespéral des membres inférieurs.

Sur les conseils d'une personne de son entourage, elle va consulter un médecin spécialisé dans le traitement par les "cellules embryonnaires fraîches". Après un bilan humoral succinct et un électrocardiogramme qui n'apparaît pas altéré, on pratique, dans les régions fessières, des injections intramusculaires de 20 cm3 d'extraits tissulaires embryonnaires recueillis extemporanément, en l'occurence des extraits de placenta, foie, rate, hypothalamus et ovaire. Le prélèvement est pratiqué sur la brebis pleine, dans des conditions d'asepsie suffisante. Le lendemain, les points d'injection sont très douloureux, il existe un fébricule à 37,5°. Les jours suivants : douleurs lombaires accusées, la fièvre atteint 39°, puis 40° quatre jours après l'injection. Quatorze jours après les injections, alors que la fièvre n'a pas cessé malgré un traitement par pénicilline et cortisone (30 mg par jour), apparaissent des douleurs dans le membre supérieur gauche, puis dans les membres inférieurs, sans trouble de la motricité. Puis apparaît une sensation de brûlure au niveau de la langue, puis une perte de la motilité faciale avec gêne considérable de l'alimentation. La malade est alors hospitalisée dans le service du Docteur SCHWOB, où l'on constate l'existence d'une diplégie faciale, avec disparition de la mimique, signe de Charles Bell bilatéral. La parole, l'alimentation sont très perturbées, le reste de l'examen négatif est absolument normal.

La ponction lombaire ramène un liquide clair non hypertendu. A l'examen cytologique, il y a 5 lymphocytes. L'albuminorachie mesurée par néphélémétrie est de 1,80 gr. Par ailleurs, la glycorachie est de 0,60 et la chlororachie de 7,20 gr. Le Bordet-Wassermann dans le liquide et dans le sang est négatif ; la floculation du Benjoin est normale.

L'évolution, avec surveillance attentive de la déglutition et des signes bulbaires, va se faire lentement vers l'amélioration. Il persistait, deux mois après les injections, une paralysie faciale droite très marquée.

Les auteurs considèrent qu'il s'agit bien là d'une forme nésocéphalique pure du Syndrome de Guillain et Barré, des paralysies isolées d'un ou plusieurs nerfs crâniens pouvant être la seule manifestation, à la seule condition que l'on retrouve la dissociation albumino-cytologique dans le liquide céphalo-rachidien.

Ils insistent sur la survenue, au décours de traitement par les cellules fraîches, de : réaction focale quelques heures après le traitement, puis fièvre qui va durer jusqu'à 20 jours après les injections. "Tout porte donc à croire que "la diplégie faciale est, en quelque sorte, la conclusion d'un "état pathologique, fébrile d'abord, puis douloureux et paraly-"tique ensuite, survenu du fait de l'introduction de ces extraits "dans l'organisme".

Les injections de cellules fraîches sont tout-à-fait capables, par ailleurs, d'agir par l'un ou l'autre des processus habituellement évoqués à l'origine du Syndrome de Guillain-Barré : soit processus infectieux viral car les cellules injectées, malgré toutes les précautions prises, ne sont pas forcément stériles ; soit processus allergique vis-à-vis des cellules injectées.

IV.- RÉACTIONS GÉNÉRALES

Certaines sont relativement bénignes : ainsi les phases d'excitation fréquemment constatées au Centre de Rééducation chez les enfants venant de subir une injection cellulaire - ce fait était particulièrement frappant chez les Mongoliens,

habituellement calmes, au point que les rééducatrices, quand les phases d'excitation se répétaient, surtout sous forme d'excitation sexuelle, avec masturbation, savaient que l'absence pour soi-disant maladie, était due en réalité à une injection cellulaire.

Mais on trouve dans la littérature des accidents plus graves, voire mortels :

J. OLMER rapporte, dans le Bulletin de l'Académie de Médecine du 1er Décembre 1959, deux cas de désordres mortels après "thérapie cellulaire fraîche".

- La première observation est celle d'une leucose aiguë à cellules indifférenciées et à évolution rapidement mortelle, apparue chez un homme de 63 ans qui avait reçu quatre séries de "thérapie cellulaire fraîche" pour une artérite des membres inférieurs, la dernière série ayant précédé, de moins de trois mois, l'installation des premiers symptômes de l'affection sanguine. L'auteur souligne qu'avant l'institution du traitement, un hémogramme et un myélogramme s'étaient montrés normaux.

- Chez un second malade, traité en Juin 1958, en Septembre 1958 et en Avril 1959, par trois séries d'injections de "cellules fraîches", apparaît une asthénie progressive. Une anémie s'installe, tandis que des perturbations de l'hémogramme s'observent, de plus en plus marquées avec d'abord une neutropénie et une lymphocytose avec érythroblastose sanguine, puis rapidement apparition de myéloblastes, de promyclocytes et de myélocytes (30 pour 1 00 de la formule) et de cellules réticulaires (32 pour 100).

A la suite de ces deux observations, il semble à l'auteur que l'on puisse faire intervenir la thérapeutique cellulaire dans les accidents observés qui ont été rapidement mortels, la thérapeutique ayant pu intervenir soit par action virale, soit par prolifération anarchique ou dysplasique.

Ces deux observations concernent des adultes, mais, quand on sait que les Mongoliens sont exposés trente fois plus que les enfants normaux au risque de leucémie, on peut penser qu'il est inutile de leur faire courir un risque supplémentaire en leur injectant des cellules fraîches.

Nous citerons, pour conclure, la réponse de l'Académie de Médecine à Monsieur le Directeur Général de la Santé Publique qui sollicitait son avis sur l'emploi des techniques dites de "Thérapie Cellulaire Fraîche" et sur les conditions de l'établissement d'un contrôle :

"La Commission des Sérums et Vaccins de l'Aca-
"démie Nationale de Médecine, tenant compte des observations
"faites par Messieurs FABRE, LAUBRY, Ivan BERTRAND :

" - considérant que ces tissus ou broyats cellulaires frais ne
"constituent pas des médicaments au sens de l'article 511 du
"livre V du Code de la Santé Publique, puisqu'ils ne sont pas
"conditionnés en vue de la vente au poids médicinal, qu'ainsi
"leur préparation échappe aux garanties qu'assurent aux malades
"les contrôles exercés par des pharmaciens sur les médicaments ;

" - considérant que, de ce fait, les médecins qui utilisent ces
"tissus ou broyats cellulaires assument seuls la responsabilité
"d'actes dont on peut se demander, comme l'a fait le Conseiller
"RICHARD en son rapport de l'Académie de Médecine concernant
"l'arrêt de la cour du 20 Mai 1936, s'ils constituent bien
"des soins consciencieux ... conformes aux données acquises de
"la Science ;

" - considérant, tout au contraire que, comme l'ont exposé plu-
"sieurs membres de l'Académie de Médecine à la séance du 1er
"Juillet 1958, cités plus haut, les injections à l'homme de
"broyats tissulaires frais exposent à des dangers manifestes,
"notamment du fait de l'allergie tissulaire, que de surcroît les
"précautions indispensables pour s'assurer de l'absence de ger-
"mes, notamment de virus, seraient illusoires du fait du court
"délai qui s'écoule entre la préparation des tissus frais et son
"administration à l'homme ;

" - considérant qu'il est donc nécessaire de n'atténuer en rien
"la responsabilité pénale, civile ou ordinale d'un médecin qui
"pratique de telles expériences thérapeutiques qui ont déjà déter-
"miné des accidents mortels ; qu'il serait en particulier regret-

"table d'atténuer cette responsabilité individuelle en suscitant, "de la part de l'Académie, des observations sur la manière de "préparer ces soi-disant remèdes, de telle sorte que si un acci- "dent nouveau se produisait, le médecin poursuivi devant le tri- "bunal correctionnel pour homicide par imprudence ou devant le "tribunal civil au titre de l'article 1382 du Code, ne puisse "atténuer sa responsabilité en excipant du fait que le broyat "tissulaire dont il s'est servi a été préparé "conformément aux "recommandations de l'Académie" ;

" - considérant même que l'Académie peut légitimement se poser "la question de savoir si, en formulant de telles recommandations, "à la demande du Ministre de la Santé Publique et de la Population, "elle n'engagerait pas les responsabilités de ses membres ;

" - considérant cependant que l'Académie a pour rôle et pour devoir "de formuler des avis techniques tendant à la protection de la "santé publique, qu'elle remplirait ce devoir en attirant l'atten- "tion du Ministre de la Santé Publique, ainsi que des médecins, par "la publication des dangers qui résultent de l'injection à l'homme "de broyats cellulaires frais, en rappelant les accidents déjà "survenus et ceux qui peuvent survenir, mais sans faire allusion "dans cette publication à un quelconque remède ou méthode de "traitement afin que ladite publication ne puisse servir à couvrir "des expériences thérapeutiques de l'autorité de l'Académie ;

" la Commission vous propose de donner un avis défavorable au "sujet de l'emploi de la méthode dite de "thérapie cellulaire "fraîche ;

"Dans ces conditions, sous réserve de l'approbation des juridic- "tions compétentes, elle ne pense pas avoir à formuler de précau- "tions d'ordre technique dans l'application d'une méthode dont "elle rejette l'emploi.

"Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité".

LES PARENTS DES ENFANTS TRAITÉS PAR CELLULOTHERAPIE

Quelques remarques intéressantes peuvent être faites concernant les parents des enfants traités par cellulothérapie, d'après les entretiens que nous avons pu avoir avec eux et les notes psychologiques contenues dans les dossiers des enfants.

- Sur onze enfants traités par les cellules fraîches, nous trouvons une fois des parents divorcés, une mère célibataire : dans ces deux cas, l'équilibre du milieu familial était profondément perturbé .

- Dans cinq cas, la mère est considérée comme ayant des conduites dépressives, avec, dans un cas, des idées de mort pour la mère et son enfant exprimées à plusieurs reprises ; une véritable psychothérapie de soutien a du être instituée dans plusieurs cas.

- Dans un cas, le couple parental est dominé par l'autorité du père, intransigeant, psycho-rigide, convaincu du bienfondé de la cellulothérapie au sujet de laquelle il n'accepte aucune critique. La même ardeur est apportée à la poursuite de la rééducation qu'à la régularité des injections cellulaires. La collaboration avec les rééducatrices est donc bonne ; ce cas est l'exception.

Dans l'ensemble, en effet, on trouve des mères dépressives, peu intelligentes, ayant fait subir ce traitement à leur enfant sur la foi de ragots. La cellulothérapie représente alors le miracle qui dispense de la longue et dure collaboration demandée aux parents par les rééducatrices. Cette mauvaise collaboration, les absences prolongées dues aux injections répétées, nous paraissent expliquer les progrès moindres chez les enfants traités que chez les enfants du groupe témoin. On est frappé de voir les sommes considérables dépensées pour les injections cellulaires par des parents qui refusent une participation moindre à la rééducation, création d'ateliers protégés par exemple.

On notera enfin que la cellulothérapie a été pratiquée, dans 4 cas, sur les conseils de médecins, dans 7 cas, sur les conseils d'amis, de voisins ou à la suite de lectures.

- Comment expliquer le succès des " CELLULES FRAICHES " auprès des Parents ?

Une première raison paraît évidente et bien compréhensible : le désarroi des familles devant le drame que représente la présence d'un encéphalopathe conduit à tout tenter. Citons Pearl BUCK :

"Avec la conviction qu'il existe un médecin "capable de guérir, on fait le tour du monde avec son enfant. "On se ruine d'abord, et puis on emprunte tant qu'on trouve des "prêteurs. On consulte tous les docteurs, bons ou mauvais, cher- "chant à obtenir un brin d'espoir. On est parfois grugé par des "hommes sans scrupules qui s'enrichissent de la douleur des "autres, mais on rencontre aussi des saints qui voient la dou- "leur, devinent la bourse vide et ne veulent rien prendre parce "qu'ils ne guérissent point !

"Moi aussi, j'errai dans le monde, perdant petit "à petit mon espoir, mais sans y renoncer jamais tout-à-fait, "car aucun docteur ne se prononçait fermement sur l'incurabilité.

"A quoi bon donner les détails du long, du triste "calvaire ! Nous avons traversé les océans, visité les cliniques "pour enfants, les spécialistes des glandes, les psychiâtres. Je "sais maintenant que c'était inutile. Dès le début, il n'y avait "aucun espoir. Je ne tiendra pas rigueur aux hommes, aux femmes "qui ne me l'ont pas dit en toute franchise. Quelques-uns savaient "probablement ; en tout cas, on nous envoyait toujours plus "loin, parfois à des milliers de kilomètres."

Ainsi, la "thérapeutique cellulaire" est essayée comme toutes les autres possibilités, pour ne laisser passer aucune chance.

Mais surtout, chez les parents qui persévèrent, d'autres raisons plus profondes nous paraissent liées au caractère particulier de ce traitement : c'est son aspect mystérieux, ésotérique qui attire, sa non-recommandance par la science officielle, son prix élevé (le non-remboursement par la Sécurité Sociale) ; les cellulothérapeutes sont, tantôt présentés par la grande presse comme des persécutés, tantôt comme les mystérieux guérisseurs de personnages illustres.

Ainsi, le caractère tragique de la maladie, la quête du remède miraculeux, le climat psychologique entretenu par les publications expliquent la vogue des "cellules fraîches" ; c'est le même processus que pour les leucoses que vient d'illustrer le drame récent et lamentable de l'affaire NAESSENS : il n'a pas fallu moins qu'une expertise officielle pour démasquer une soi-disant thérapeutique qui ne paraissait guère mériter plus d'intérêt que celle des "cellules fraîches".

CONCLUSIONS

Sur 200 enfants suivis dans un Centre de Rééducation pour déficients mentaux, nous avons trouvé 11 enfants ayant subi la thérapeutique dite des "cellules fraîches". Ces 11 enfants totalisent quarante injections cellulaires.

L'étude du développement staturo-pondéral et psychique de ces enfants, comparé à un groupe témoin placé dans les mêmes conditions de rééducation, ne montre aucune supériorité en faveur des enfants traités par cellulothérapie. Leurs progrès, au contraire, sont moins nets, fait qui paraît lié à la moins bonne collaboration des parents qui cherchent souvent dans la thérapeutique tissulaire un miracle qui les délivrera de la contrainte quotidienne de la rééducation.

La thérapeutique cellulaire fraîche peut donner lieu à des accidents souvent bénins, mais dont certains ont été mortels. Prendre un tel risque pour un traitement dont les bienfaits sont nuls est injustifiable.

L'inefficacité et les dangers de cette thérapeutique cellulaire fraîche doivent être affirmés très nettement, son côté clandestin, mystérieux, ésotérique étant fondamental pour expliquer sa vogue auprès du public.

VU et PERMIS d'IMPRIMER :

Le RECTEUR de l'ACADEMIE de PARIS :

J. R O C H E

Le DOYEN de la FACULTE
de MEDECINE de PARIS :

G. C O R D I E R

Le PRESIDENT de la THESE :

L. M I C H A U X

BIBLIOGRAPHIE

ADLER J. Treatment of patients with Mongolism

Canad. Med. Ass. J. 88. 429.30 23 Feb.63

CARTAGENOVA L. Esperienze di Terapia Tissulare nel Mongolismo.

Aggiornamento Pediatrico, ROMA 1954, 5, N° 2 - pp. 83 - 92. Résumé en Français.

COWIE Va. Va. Niehans Theory,

Developp. Med. Child.Neurol. 5.299.300, Juin 1963

DAVID J.M., DAVID A.E.

Therapeutic results obtained from repeated implantation of fresh embryonic tissues in Oligophrenic patients.

J. Neuropsychiat. 4. 21. Sept-Oct.1962

DESTUNIS Georg. The treatment of mental deficiency and encephalopathies in Childhood by means of fresh tissue and siccacell.

Archives of Pediatrics, NEW YORK 1957, 74, N° 8 pp. 285,290. Bibliographie.

DONELLI Angelo La Terapia tesstutale in neuropsichiatria infantile.

La Clinica Pediatrica BOLOGNA, 1956, 38, N° 6 pp. 431 - 461 Bibliographie.

FRANKLIN A.W. Care of the Mongol baby

Lancet, 256, 1958.

FREIBERG J. et KLEN R.

Bibliography of Tissue

Therapy - Transplantation Bulletin 1957, 4, N° 4 - pp. 165-171.

GATE J. et VACHON R.

La thérapeutique tissulaire

1 vol. MASSON 1951, Bibliographie.

LECUYER R. Le Mongolisme, principaux problèmes médicaux psychologiques et sociaux

Thèse LILLE, 1958.

NIEHANS P. Traitement biologique des maladies organiques par injection de cellules vivantes, 1949.

OLMER J. Désordres sanguins mortels après Thérapeutique tissulaire fraîche.

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 143 - 636 - 8 - 1er-8 Décembre 1959.

SCHWOB Syndrome de GUILLAIN-BARRE au cours d'un traitement par injections de cellules fraîches.

Bulletin et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de PARIS, 1959, 75, N° 12 - 13 pp. 382 - 385.

VERGE et JUSTIN-BESANCON

Sur les techniques dites de " Thérapie cellulaire fraîche "

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, PARIS 1958, 142 - N° 23-24 1er-8 Juillet pp. 628-629.